

Bestellformular

Lenalidomid G.L. / Pomalidomid G.L. Hartkapseln

GL[®]Pharma

G.L. Pharma GmbH
Schlossplatz 1
8502 Lannach, Austria

BITTE SENDEN SIE IHRE BESTELLUNG AN:

FAX: +43/(0)3136/81563 oder
E-Mail: bestellung@gl-pharma.at

BITTE RICHTEN SIE FRAGEN TELEFONISCH AN:

+43/(0)3136/82577-0



Information zum Bestellablauf: Vorausgesetzt, dass der/die verschreibende Arzt/Ärztin den/die Patienten/Patientin anhand des behördlich vorgeschriebenen Schulungsmaterials über die Risiken der Lenalidomid bzw. Pomalidomid-Einnahme aufgeklärt hat, werden Bestellungen wie folgt abgewickelt:

- **Bestellungen bis 12 Uhr (Mo-Do):**
Zustellung im Laufe des nächsten Werktages
- **Bestellungen nach 12 Uhr (Mo-Do) und freitags:**
Zustellung im Laufe des übernächsten Werktages

**BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR VOLLSTÄNDIG AUS, DA ES BEI FEHLENDEN ANGABEN
ZU EINER VERZÖGERUNG DER BESTELLBEARBEITUNG KOMMT!**

Angaben zur Apotheke

Apotheken-Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechperson:

Apothekenstempel

Angaben zum/zur Patienten/Patientin¹

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):

Dies ist eine ☐ Erstverschreibung ☐ Folgeverschreibung

Erkrankung des/der Patienten/Patientin¹

- ☐ Multiples Myelom ☐ Myelodysplastische Syndrome
☐ Mantelzell-Lymphom ☐ Follikuläres Lymphom
☐ andere Indikation:

Bestellung Lenalidomid G.L. Hartkapseln

Anzahl	Produkt	Stück	PZN
	Lenalidomid G.L. 2,5 mg	21	5503384
	Lenalidomid G.L. 5 mg	21	5503390
	Lenalidomid G.L. 7,5 mg	21	5503409
	Lenalidomid G.L. 10 mg	21	5503415
	Lenalidomid G.L. 15 mg	21	5503421
	Lenalidomid G.L. 20 mg	21	5503438
	Lenalidomid G.L. 25 mg	21	5503444

Bestellung Pomalidomid G.L. Hartkapseln

Anzahl	Produkt	Stück	PZN
	Pomalidomid G.L. 1 mg	14	5543001
	Pomalidomid G.L. 1 mg	21	5542757
	Pomalidomid G.L. 2 mg	14	5542763
	Pomalidomid G.L. 2 mg	21	5542786
	Pomalidomid G.L. 3 mg	14	5542792
	Pomalidomid G.L. 3 mg	21	5542800
	Pomalidomid G.L. 4 mg	14	5542817
	Pomalidomid G.L. 4 mg	21	5542823

Angaben zum Verschreiber¹

Name des Verschreibers (lt. Rezept):

Zentrum des Verschreibers (z.B. Krankenhaus oder Ordination):

Ort, Datum, Unterschrift

1) Angabe aller geforderten Patientendaten, der Indikation und des Verschreibers bzw. des Zentrums sind lt. Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zwingend vorgeschrieben und werden im Einklang mit der geltenden Datenschutzgrundverordnung behandelt. Informationen zum Datenschutz und darüber, wie G.L. Pharma GmbH personenbezogene Daten verwendet, finden Sie hier: <https://gl-pharma.com/de/datenschutzerklaerung/>